

EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM PEMBERANTASAN PENYAKIT DBD (P2DBD) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMALANREA MAKASSAR

Evaluation of the Dengue Fever Eradication Program (DFEP) Implementation in the Service Area of Tamalanrea Community Health Center Makassar

Yunita Manda Sari

Puskesmas Pundata Baji Kabupaten Pangkep
(yunitaefkaem@yahoo.co.id)

ABSTRAK

Wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea merupakan daerah endemis penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD). Endemisnya suatu daerah dapat disebabkan oleh masalah perencanaan dan pelaksanaan kegiatan program P2DBD yang tidak optimal terkait dengan sumber daya, proses kegiatan, waktu pelaksanaan, jenis kegiatan hingga penentuan target cakupan kegiatan sehingga tujuan kegiatan untuk menekan jumlah kasus yang tinggi dan terus meningkat tidak tercapai. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran pelaksanaan program P2DBD di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar (*input*, proses dan *output*). Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam. Penelitian ini dilakukan pada Maret 2011. Informan dalam penelitian ada sepuluh orang. Hasil penelitian menggambarkan dari segi *input*, yaitu tenaga belum mencukupi, sarana yang digunakan Jumantik hanya diberikan tiga tahun terakhir. Komponen proses (pelaksanaan kegiatan berupa PE dan PJB) telah dilaksanakan sesuai prosedur sedangkan *fogging* fokus dan larvasida selektif terkadang tidak sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan. Komponen *output* berupa capaian beberapa kegiatan seperti PE telah tercapai tetapi hasil capaian Angka Bebas Jentik (ABJ) yang merupakan indikator keberhasilan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan PJB belum memenuhi standar ($\geq 95\%$). Komponen *input* program P2DBD (dana, metode, dan waktu) sudah bagus. Proses pelaksanaan program P2DBD berupa *fogging* fokus, larvasida, PSN dan PJB belum efektif. *Output* pelaksanaan program P2DBD harus ditingkatkan.

Kata kunci : Evaluasi, program P2DBD

ABSTRACT

The service area of Tamalanrea Community Health Center is considered a dengue fever endemic area. An area's endemicity may be caused by planning problems and the DFEP program implementation that was inefficient in its resources, program process, implementation time, type of activities and the target scope of activities. As a result, the objective of the program to reduce the number of cases which are continuously increasing was not achieved. The aim of this study is to obtain an idea of the DFEP program implementation (*input*, process and *output*) in the service area of Tamalanrea Community Health Center, Makassar City. A qualitative study was conducted by using the indepth interview method. This study was conducted in March 2011. There were ten respondents in this study. The results of this research found that in terms of *input*, insufficient number of workers is still an issue and the equipment used by larvae monitoring officers are only provided for the past three years. The process component (implementing activities in the form of Epidemiologic Investigations and Periodical Larvae Inspections) has been conducted according to the procedure, while focus fogging and selective larvicide are sometimes not in accordance with predetermined procedures. Output components in the form of some activities such as Epidemiologic Investigations has been achieved, however the Larva Free Rate (LFR) an indicator of the success in Mosquito Nest Eradication (MNE), and Periodical Larvae Inspections (PLI) has not met the standards ($\geq 95\%$). Input component of the DFEP program (fund, method, and time) has been satisfied. Meanwhile, the implementation of the DFEP program (focus fogging, larvicide, MNE, and PLI) was not effective yet. In conclusion, the output of the DFEP program implementation must be increased.

Keywords : Evaluation, DFEP program

PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah masalah kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kematian dalam waktu singkat dan sering menimbulkan wabah. Demam Berdarah *Dengue* (DBD) adalah penyakit endemis yang disebabkan oleh virus di daerah tropis dan sub-tropis yang kadang menjadi epidemik.¹ Nyamuk *Aedes aegypti* merupakan vektor penularan virus *dengue* dari penderita kepada orang lain melalui gigitan. Nyamuk *Aedes aegypti* berkembang biak di tempat lembab dan genangan air bersih. Tempat perkembangbiakan utama nyamuk *Aedes aegypti* adalah tempat penyimpanan air di dalam atau di luar rumah, atau di tempat-tempat umum, biasanya berjarak tidak lebih 500 meter dari rumah. Nyamuk ini tidak dapat berkembang biak di genangan air yang berhubungan langsung dengan tanah.²

Indonesia mempunyai risiko besar untuk terjangkit penyakit Demam Berdarah *Dengue* karena virus *dengue* dan nyamuk penularnya, yaitu *Aedes aegypti* tersebar luas di daerah pedesaan maupun perkotaan, di rumah-rumah maupun di tempat-tempat umum, kecuali daerah yang ketinggiannya lebih 1.000 meter dari permukaan air laut. Iklim tropis juga mendukung berkembangnya penyakit ini, lingkungan fisik (curah hujan) yang menyebabkan tingkat kelembaban tinggi, merupakan tempat potensial berkembangnya penyakit ini.³

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat jumlah kasus DBD pada tahun 2011 mencapai 49.486 kasus. Angka ini cenderung stabil pada tahun 2010, sehingga kasus DBD di Indonesia belum bisa dikatakan berkurang. Pada tahun 2011 sampai bulan Agustus tercatat 24.362 kasus dengan 196 kematian (CFR=0,80 %).⁴

Laporan dari Subdin P2&PL bahwa di Sulawesi Selatan tahun 2007, kasus DBD sebanyak 5.333 kasus. Tahun 2009 angka kejadian DBD sebanyak 3.553 dengan jumlah kematian 24 orang (CFR= 0,68 %). Tahun 2010 jumlah kasusnya meningkat menjadi 3.999 penderita dengan jumlah kematian sebanyak 28 orang (CFR= 0,70 %). Kasus DBD di Sulawesi Selatan tahun 2009 kategori tinggi di Kabupaten Bulukumba, Bantaeng, Gowa, Makassar, Maros, Pangkep, Barru, Bone,

Wajo, Pinrang, dan Sidrap (217-731 kasus), sedangkan kabupaten/kota yang tidak terdapat kasus DBD, yaitu Kabupaten Selayar dan Tator.⁵

Wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea endemis dengan penyakit DBD dilihat dengan adanya jumlah angka morbiditas dan mortalitas tahun 2008-2010. Jumlah penderita DBD di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea pada tahun 2008 sebanyak 32 penderita dan tergolong endemis tinggi. Tahun 2009 tercatat 31 penderita dengan kematian 1 orang (CFR= 3,22%) dan masih tergolong endemis tinggi. Tahun 2010 jumlah penderita sebanyak 15 orang dan tergolong endemis sedang. Tahun 2011, jumlah penderita menurun menjadi 11 orang dan tergolong endemis sedang.⁶

Kebersihan rumah tangga dan sanitasi lingkungan mempunyai kontribusi terjadinya demam berdarah sehingga diharapkan petugas kesehatan memberikan penyuluhan kepada masyarakat, khususnya keluarga secara berkesinambungan sehingga keluarga menjadi lebih proaktif dalam penanggulangan demam berdarah.⁷ Peran serta masyarakat, dengan didukung oleh keterlibatan kader, kepala lingkungan, PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama dan lintas sektor sangat menunjang keberhasilan program Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah *Dengue* (PSN-DBD).⁸ Hasil penelitian lain menyatakan bahwa faktor yang berhubungan antara pergerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah *Dengue* (PSN-DBD) dan Angka Bebas Jentik (ABJ) berdasarkan hasil penelitian adalah penyuluhan kelompok tentang demam berdarah *dengue*, kegiatan pemberantasan sarang nyamuk demam berdarah *dengue*, sarana pendukung PSN-DBD, serta pemantauan jentik secara berkala.⁹

Melihat kasus DBD beberapa tahun terakhir, pelaksanaan program P2DBD dianggap belum optimal. Hal ini dipengaruhi oleh manajemen pelaksanaan program, terkait dengan penyediaan dan pemanfaatan sumber daya dan jenis kegiatan yang dilakukan. Pelaksanaan kegiatan tersebut perlu dievaluasi terkait dengan efektivitas dan efisiensi dari kegiatan dan pemanfaatan sumber daya dalam mencapai *output* yang diharapkan sehingga dapat dihindari terjadinya suatu upaya atau kegiatan yang sia-sia, dan dapat mencegah terjadinya penghamburan sumber daya tenaga,

dana, sarana, dan metode yang keadaannya terbatas.¹⁰

Puskesmas mempunyai peran yang penting dalam pelaksanaan program P2DBD di wilayah kerjanya. Perlu dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan program P2DBD untuk mengetahui hal-hal yang menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan program tersebut. Evaluasi program kesehatan dianggap penting karena menurut WHO evaluasi merupakan suatu cara belajar yang sistematis dari pengalaman yang dimiliki untuk meningkatkan pencapaian, pelaksanaan dan perencanaan suatu program.¹¹

Tingginya jumlah kasus dan endemisnya suatu daerah dapat disebabkan oleh masalah perencanaan dan pelaksanaan kegiatan untuk program P2DBD yang tidak optimal terkait dengan sumber daya, proses kegiatan, waktu pelaksanaan, jenis kegiatan hingga penentuan target cakupan kegiatan sehingga tujuan kegiatan untuk menekan jumlah kasus yang tinggi dan terus meningkat tidak tercapai. Oleh karena itu, peneliti mencoba melakukan penelitian untuk mengetahui pelaksanaan program P2DBD di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea, Kota Makassar.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Informan yang menjadi sumber informasi dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang terdiri dari Kepala Puskesmas Tamalanrea sebagai informan kunci, Koordinator Kesling dan Surveilans yang sekaligus sebagai Koordinator Penyakit Menular DBD Puskesmas Tamalanrea, tiga orang kader Jumantik yang direkomendasikan oleh Koordinator Kesling dan Surveilans, dan lima masyarakat yang terdiri dari tiga penderita DBD dan dua bukan penderita DBD. Instrumen penelitian yang digunakan adalah pedoman wawancara berupa lembar pertanyaan yang dilengkapi dengan *tape recorder* dalam proses wawancara. Data primer diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan informan penelitian meliputi informasi tentang komponen *input*, proses, dan *output* terkait dengan pelaksanaan program P2DBD yang dilakukan di wilayah ker-

ja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. Data sekunder diperoleh dari telaah dokumen yang terkait dengan pelaksanaan kegiatan program P2DBD di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea untuk mengkaji ulang kebenaran informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dan melengkapi informasi yang tidak didapatkan dari wawancara mendalam tersebut. Analisis data dilakukan secara kualitatif untuk mendapatkan informasi mendalam tentang pelaksanaan kegiatan program P2DBD dengan menggunakan matriks/tabel yang berisi data ringkasan hasil wawancara mendalam dari hasil transkrip wawancara.

HASIL

Tenaga, dana, sarana, dan perencanaan termasuk dalam komponen *input*. Tenaga yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan program P2DBD di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea adalah petugas yang bertanggung jawab terhadap P2M termasuk penyakit DBD. SDM dari segi jumlah dan luas wilayah di Puskesmas Tamalanrea sudah cukup karena wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea hanya mencakup satu kelurahan. Dari segi kualitas/kualifikasi, diperoleh informasi bahwa petugas puskesmas sudah baik dengan pengalaman selama bertahun-tahun.

Sumber dana yang digunakan dalam pelaksanaan program P2DBD adalah dari dinas, yang dianggarkan di puskesmas hanya biaya transportasi petugas. Kecukupan dana diperoleh informasi, dana yang diterima sudah cukup untuk melaksanakan program P2DBD. Namun, masih terdapat Jumantik yang mengatakan bahwa honor yang diterima tidak sebanding dengan kerja yang dilakukan. Jenis sarana yang digunakan berupa kendaraan operasional, senter, alat penjepit, rompi, saringan, alat tulis, dan papan pengalas. Namun, sarana tersebut tidak lagi diberikan dalam tiga tahun terakhir.

Di Puskesmas Tamalanrea telah disediakan petunjuk teknis (juknis) yang diperoleh pada saat diadakan pertemuan. Petugas kesehatan dan Jumantik pada umumnya telah mengikuti pelatihan terkait program P2DBD dan petugas telah mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan dalam melaksanakan program P2DBD berdasarkan hasil pertemuan tersebut. Jumantik telah di

Tabel 1. Persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea

RW	ABJ (%)				ABJ Rata-Rata (%)
	April	Juni	Agustus	Desember	
I	55	72,5	75	66,7	67,3
II	51,7	51,7	83,3	80	66,7
III	70	41,7	62,5	80	63,6
IV	65	41,7	80	83,3	67,5
V	85	85	95	70	83,8
VI	55	61,7	90	95	75,4
VII	81,6	58,3	90	93,3	80,8
VIII	75	60	83,3	86,7	76,3
IX	55	55	90	80	70
X	91,7	100	95	90	94,2
XI	88,3	61,7	90	93,3	83,3
XII	90	86,7	83,3	53,3	78,3
XIII	90	58,3	80	80	77
XIV	43,3	0	93,3	76,7	65
XV	93,3	93,3	93,3	93,3	93,3
XVI	86,7	55	76,6	86,7	76,3
XVII	72,5	80	92,5	95	85
XVIII	70	56,7	93,3	71,7	73
XIX	90	52,5	70	90	75,6
XX	80	90	73,3	91,7	83,6
XXI	90	57,5	82,5	85	78,6
XXII	93,3	61,7	81,6	76,7	78,3
XXIII	85	82,5	100	75	85,6

Sumber: Profil Puskesmas Tamalanrea, 2011

berikan petunjuk pengisian formulir Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) dan bimbingan sebelum turun ke lapangan. Pihak Puskesmas Tamalanrea juga melakukan perencanaan waktu dalam melaksanakan program P2DBD pada saat diadakan lokakarya mini. Kegiatan P2DBD dilaksanakan tepat waktu, sesuai dengan jadwal yang telah direncanakan. Begitu pula dengan Jumanatik, diharapkan melaksanakan tugasnya setiap ada perintah dari pihak puskesmas.

Kegiatan PE dan *fogging* merupakan bagian dari komponen proses. Pengawasan pelaksanaan program P2DBD di Puskesmas Tamalanrea tetap berjalan karena pihak puskesmas selalu mengadakan monitoring dan evaluasi setiap 3 bulan dan mini lokakarya setiap bulan. Pelaksanaan kegiatan PE, yaitu penderita yang melapor ke puskesmas dan dinyatakan positif DBD, maka petugas dinas akan melakukan *fogging*. Terdapat juga informan yang mengatakan bahwa penderita yang positif DBD melapor kepada ketua RT. Ketua RT yang melanjutkan ke puskesmas dan

selanjutnya pihak puskesmas melapor ke Dinkes.

Pelaksanaan *fogging* fokus dilakukan seminggu setelah penderita keluar dari rumah sakit. *Fogging* juga pernah dilakukan, tetapi keterangan dari beberapa informan mengatakan bahwa mereka tidak tahu pihak yang melaksanakan penyemprotan tersebut. Hambatan dalam pelaksanaan *fogging* fokus ini, yaitu tidak semua masyarakat mau menerima dengan alasan bau yang tidak sedap.

Penyuluhan kesehatan khusus DBD di Puskesmas Tamalanrea dikenal dengan istilah penyuluhan kelompok yang dilakukan di puskesmas dan dijadwal oleh promkes. Ada juga penyuluhan yang dilakukan di posyandu dan pada saat *fogging* dan penyuluhan *door to door*. Hambatan yang dihadapi dalam melakukan penyuluhan, yaitu tidak semua masyarakat yang diundang hadir dalam penyuluhan tersebut sehingga forum yang ditargetkan tidak tercapai.

Kegiatan PSN yang sering dilakukan oleh masyarakat, yaitu 3M dan kerja bakti, bekerjasama

Tabel 2. Jumlah Kasus Kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea

Tahun	Umur								Jenis Kelamin		Total
	0-1 tahun		1-4 tahun		5-14 tahun		>15 tahun		Kelamin		
	L	P	L	P	L	P	L	P	L	L	
2008	-	-	1	1	8	6	8	8	17	15	32
2009	1	-	1	3	9	6	5	6	16	15	31
2010	-	2	1	-	2	2	5	3	8	7	15
2011	-	-	-	-	2	2	4	3	6	5	11
Total	1	2	3	4	21	16	22	20	47	42	89

Sumber: Profil Puskesmas Tamalanrea, 2008-2011

ma dengan ketua RW atau kelurahan. Kerja bakti biasanya dilakukan pada hari Minggu, tetapi ada juga informan yang mengatakan bahwa jadwal kerja bakti yang dilakukan tidak menentu, tergantung kondisi lingkungan. Hambatan yang dihadapi dalam melakukan PSN adalah kurangnya kesadaran dari masyarakat untuk melakukan kegiatan PSN.

Larvasida selektif yang dilakukan, yaitu pemberian abate di tempat-tempat yang terdapat jentik dan difokuskan pada daerah yang jarang dilakukan PSN. Kegiatan larvasida selektif dilakukan bersamaan pada saat melakukan PSN. Hambatan yang dihadapi dalam kegiatan ini, yaitu banyak rumah masyarakat yang tertutup karena kesibukan pekerjaan sehingga tidak semua rumah dapat dijangkau. Kegiatan PJB pada awalnya dilakukan setiap 3 bulan sekali. Namun, sekarang hanya dilakukan per RW. Satu RW terdiri dari 40-60 rumah, terdiri dari 20 rumah setiap RT. Tidak ada hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan PJB ini karena masyarakat selalu diberi penyuluhan sehingga mereka merasa butuh.

Gambaran hasil pelaksanaan kegiatan yang diperoleh, yaitu kriteria keberhasilan pelaksanaan program P2DBD, hasil capaian tahun lalu serta hambatan yang dihadapi dalam pelaksanaan program P2DBD. Salah satu kriteria keberhasilan pelaksanaan program P2DBD dengan melihat ABJ yang diperoleh dari waktu ke waktu. Hasil penelitian menunjukkan semua RW di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea belum memenuhi standar nasional ABJ yang telah ditetapkan, yaitu 95% (Tabel 1). Meskipun demikian, hasil capaian berupa angka kasus DBD pada tahun 2011 sudah menurun jika dibandingkan dengan kasus tahun sebelumnya (Tabel 2).

PEMBAHASAN

Tenaga pelaksana program P2 DBD memiliki latar belakang pendidikan yang telah sesuai dengan PP RI No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, sesuai pasal 2 yang berbunyi bahwa tenaga kesehatan masyarakat meliputi epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, mikrobiolog kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian. Keaktifan kader Jumantik menunjukkan perbedaan dalam melaksanakan tugasnya di wilayah kerjanya masing-masing. Kader Jumantik memiliki peran yang cukup penting dalam melakukan kegiatan pencegahan DBD sehingga kinerja setiap kader perlu dievaluasi.

Dana merupakan hal yang sangat esensial dalam melaksanakan suatu program. Oleh karena itu, dibutuhkan perencanaan yang matang dan mampu menganalisa situasi yang akan datang untuk kelancaran pelaksanaan program. Merencanakan suatu program/kegiatan harus dapat menganalisa situasi yang akan terjadi di masa mendatang, dalam hal ini adalah jumlah kasus DBD, kegiatan yang akan dilakukan, volume kegiatan dan dana yang dibutuhkan.¹⁰ Kegiatan *fogging* fokus merupakan kegiatan yang membutuhkan dana yang cukup besar. Dana yang dianggarkan untuk pemberantasan penyakit menular, 90%-nya adalah untuk kegiatan pemberantasan penyakit DBD khusus untuk kegiatan *fogging*.¹¹

Kinerja petugas sangat dipengaruhi oleh sarana dan prasarana yang digunakan dalam memberikan pelayanan dan melaksanakan tugasnya. Sarana dan prasarana yang terbatas untuk digunakan akan berakibat pelayanan yang diberikan tidak dapat sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan Kepmenkes RI Nomor 581/

MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah *Dengue*, sarana dan bahan yang digunakan, yaitu mesin *fogging* dengan kebutuhannya setiap puskesmas 4 unit, setiap kabupaten/kota 10 unit, dan setiap provinsi 10 unit, mesin ULV dan kendaraan pengangkut ULV, kebutuhannya setiap kabupaten, kotamadya, dan provinsi, yaitu 2 unit, kebutuhan PSN kit dan kebutuhan Jumantik, insektisida, larvasida, dan bahan pendukung diagnosis dan penatalaksanaan penderita DBD.⁴ Jika sarana yang dibutuhkan oleh tenaga pelaksana mengalami kekurangan, maka hal tersebut bisa menghambat jalannya pelaksanaan program yang mengakibatkan pencapaian target tidak sesuai dengan perencanaan. Oleh karena itu, sarana tidak hanya harus tersedia saja, tetapi harus dapat mencukupi sesuai dengan kebutuhan.¹²

Metode adalah cara menggunakan sarana/bahan dan alat yang telah disediakan, cara mencatat dan melaporkan data, cara memberikan penyuluhan, dan sebagainya.¹³ Tenaga pelaksana kegiatan P2DBD tetap mendapatkan pelatihan/pengarahan sebelum mereka turun ke lapangan. Pelatihan tersebut diberikan oleh pihak dinas kesehatan kepada petugas kesehatan puskesmas di setiap pertemuan. Kader Jumantik juga mendapatkan petunjuk/pengarahan pada saat pertemuan sehingga Jumantik sudah mengetahui langkah-langkah yang harus dilakukan. Pelatihan yang diberikan sangat berguna dalam meningkatkan wawasan dan pengetahuan tenaga pelaksana dalam melaksanakan program P2DBD. Hasil penelitian mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor pengetahuan dengan kinerja petugas.¹⁴

Kegiatan PE di Puskesmas Tamalanrea pada umumnya sudah dilakukan sesuai dengan prosedur/juklak/juknis. Pelaksana PE berasal dari petugas puskesmas bekerja sama dengan pihak RT atau kader Jumantik. Adanya koordinasi bersama RT atau Jumantik, maka penemuan penderita dapat tercapai dan target sasaran pemeriksaan jentik dalam rangka PE dapat terpenuhi, yaitu 100 meter di sekitar rumah penderita DBD.

Kegiatan *fogging* fokus dilakukan oleh pihak dinas kesehatan. Kegiatan *fogging* fokus di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea hanya

dilakukan jika hasil pelaksanaan PE dinyatakan positif berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium/trombosit. Jika hasil PE dinyatakan negatif, maka *fogging* tidak akan dilaksanakan. Gagalnya atau tidak efektifnya *fogging* dapat terjadi akibat salahnya lokasi pengasapan (yang diasapi adalah got-got atau saluran kota yang kotor dan mampet, bukan sarang nyamuk *Aedes aegypti*). Selain itu, penggunaan insektisida yang tidak tepat dosisnya atau tidak tepat jenisnya dapat menjadikan *fogging* tidak memberikan hasil yang memuaskan atau gagal sama sekali. Takaran insektisida yang dikurangi (asal bau obat), selain termasuk kategori korupsi, juga dapat menimbulkan dampak serius di kemudian hari, yaitu terjadinya kekebalan nyamuk *Aedes aegypti* terhadap insektisida yang digunakan saat ini. Hal ini terjadi karena nyamuk dewasa *Aedes aegypti* berada di dalam lingkungan rumah tinggal, penggunaan insektisida menjadi rawan keracunan bagi penghuni dan lingkungan hidup sekitar rumah.¹⁵ Hasil penelitian lain mengatakan bahwa kurang optimalnya kegiatan *fogging* fokus disebabkan oleh kegiatan *fogging* yang bersumber dari swadaya masyarakat masih sangat kurang.¹⁶

Penyuluhan di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea khususnya yang terkait dengan DBD dilakukan bersamaan dengan kegiatan *fogging*. Namun, ada juga penyuluhan yang dilakukan di posyandu dan terjadwal oleh promkes. PSN DBD adalah kegiatan memberantas telur, jentik, dan kepompong nyamuk penular DBD (*Aedes aegypti*) di tempat-tempat perkembangbiakannya. Sasaran kegiatan PSN adalah desa/kelurahan dengan rincian terdiri dari pertemuan Pokja, latihan kader, penyuluhan, penggerakan massa, operasional kerja bakti, pemeriksaan jentik. Ukuran keberhasilan kegiatan PSN DBD antara lain dapat diukur dengan Angka Bebas Jentik (ABJ). Apabila lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah atau dikurangi.¹⁷ Untuk membina peran serta masyarakat dalam melaksanakan pencegahan penyakit DBD, sangat penting untuk diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang teknik-teknik PSN.¹⁸

Bentuk PSN yang sering dan banyak dilakukan oleh masyarakat di Kelurahan Tamalanrea, yaitu kerja bakti. Kegiatan kerja bakti ini ada

yang terjadwal setiap hari Sabtu atau Minggu, ada juga yang waktu pelaksanaannya tidak ditentukan/terjadwal. Kegiatan kerja bakti biasanya diarahkan oleh ketua RT/RW. Walaupun PSN mudah untuk dilakukan, tetapi masih banyak warga yang tidak melaksanakannya. Hal ini disebabkan pelaksanaan PSN belum menjadi budaya masyarakat secara luas karena itu peranan kader, tokoh masyarakat dan tokoh agama sangat diperlukan untuk menuntun dalam menggerakkan setiap keluarga untuk melaksanakan PSN secara rutin dan terus menerus.¹⁹

Setiap kader telah dibekali bubuk abate yang diperoleh dari pihak puskesmas. Bubuk abate ini disediakan oleh dinas kesehatan yang didistribusikan ke setiap puskesmas. Larvasida selektif dilakukan bersamaan dengan kegiatan PSN dan pemberian bubuk abate pada tempat penampungan air yang terdapat jentik juga difokuskan pada daerah yang jarang melakukan PSN. Informasi yang diperoleh juga mengatakan bahwa pembagian bubuk abate dilakukan oleh kader Jumantik pada saat melakukan PJB di rumah masyarakat dan setiap kegiatan posyandu. Cara ini kurang efektif dilakukan karena kemungkinan masyarakat/warga tidak menaburkan bubuk abate ke wadah tersebut. Kegiatan PJB di Puskesmas Tamalanrea dilakukan selang waktu 3 bulan sehingga dalam setahun, kader melakukan PJB sebanyak 4 kali. Tahun 2011, PJB dilakukan pada bulan April, Juni, Agustus dan Desember.

Pemeriksaan jentik yang dilakukan telah sesuai dengan prosedur, yaitu untuk RW yang memiliki ≤ 5 RT memilih 2 RT yang akan diperiksa secara acak sedangkan RW yang memiliki >5 RT memilih 3 RT. Setiap RT yang diperiksa terdiri dari 20 sampel rumah yang dipilih secara acak. Jumlah rumah yang diperiksa masih terbilang kurang karena beberapa RW memiliki banyak rumah hanya memeriksa sebagian kecil dari jumlah tersebut, misalnya RW IX dengan jumlah rumah/bangunan sebanyak 400 dan yang diperiksa hanya 40 rumah (2 RT), sehingga perbandingan rumah yang ada dan rumah yang diperiksa sebesar 10:1, artinya dari 10 rumah hanya 1 rumah yang diperiksa. Hal ini bisa mengakibatkan perhitungan ABJ tidak representatif dengan keadaan yang sebenarnya.

Melihat *input* dan proses kegiatan PJB, PSN dan larvasida yang indikator keberhasilannya adalah ABJ, maka ketiga unsur ini tidak sejalan. ABJ yang diperoleh dari setiap waktu pemeriksaan tidak pernah mencapai angka standar yaitu $\geq 95\%$. Hal ini disebabkan, kinerja Jumantik yang kurang maksimal. Dari wawancara awal yang dilakukan dengan Koordinator Kesling dan Surveilans, mengatakan bahwa pihak puskesmas selalu tepat waktu memberikan pengarahan dan perintah kepada jumantik untuk segera melakukan PJB. Namun, dua minggu setelah perintah tersebut, hasil pemeriksaan terkadang belum diserahkan. Banyak faktor yang memengaruhi, salah satunya, yaitu kesibukan Jumantik misalnya bersamaan dengan acara keluarga dan urusan rumah tangga.

Selain dari keterlambatan Jumantik menyebabkan hasil pemeriksaan jentik, besar kemungkinan faktor sarana juga termasuk penghambat. Jumantik difasilitasi sarana hanya beberapa tahun yang lalu. Sekarang Jumantik menggunakan alat seperti senter, alat tulisnya sendiri. Keadaan ini bisa memengaruhi semangat dan kinerja Jumantik dalam melakukan tugasnya. Cara kerja Jumantik yang kurang tepat misalnya tempat yang diperiksa hanya bak-bak air juga memengaruhi hasil ABJ yang diperoleh.

Masyarakat juga berpengaruh besar dengan hasil ABJ yang rendah. Meskipun masyarakat telah diberikan penyuluhan terkait PSN dan abatesasi, tetapi kebanyakan masyarakat jarang mengaplikasikannya di rumah dan lingkungan sekitarnya. Hal ini yang membuat masih banyaknya jentik yang ditemukan di rumah masyarakat. Pelaksanaan *fogging* juga tidak sesuai dengan *respon time* yang seharusnya paling lama 3x24 jam setelah PE dilakukan. Hal ini terjadi karena dalam melaksanakan *fogging*, diperlukan banyak persiapan, misalnya persuratan. Peneliti berasumsi bahwa bahan bakar juga bisa memengaruhi lambatnya *fogging* dilakukan karena susah mendapatkan bahan bakar ataupun harga bahan bakar yang digunakan (solar) relatif mahal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa, komponen *input* program P2DBD (dana, metode,

dan waktu) sudah bagus. Pelaksanaan program P2DBD berupa *fogging* fokus, larvasida, PSN dan PJB belum efektif. *Output* pelaksanaan program P2DBD harus ditingkatkan. Penelitian ini menyarankan perlunya pengembangan media dan metode penyuluhan dari segi kualitas maupun kuantitas di wilayah kerja Puskesmas Tamalanrea. Penanggung jawab pelaksana program P2DBD perlu meningkatkan pengawasan terhadap kinerja Jumantik dalam melakukan PJB agar lebih objektif dan efektif melakukan pemeriksaan sehingga hasil ABJ yang diperoleh lebih valid dan nyata serta lebih aktif dalam melaksanakan PJB.

DAFTAR PUSTAKA

- Chandra B. Pengantar Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2006.
- WHO. Demam Berdarah Dengue: Diagnosis, Pengobatan, Pencegahan, dan Pengendalian. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 1999.
- Ditjen PPM & PPL. Petunjuk Teknis Pemberantasan Nyamuk Penular dan Pelaporan DBD. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 1992.
- Departemen Kesehatan RI. Informasi Umum DBD. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2011.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Profil Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan 2009. Makassar : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; 2010.
- Suhardiyaniti. Hubungan Pelaksanaan Program Pemberantasan Vektor DBD Dengan Penurunan Kasus DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar Tahun 2008-2010 [Skripsi]. Makassar: Universitas Hasanuddin; 2011.
- Karmila. Peran Keluarga Dan Petugas Puskesmas Terhadap Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Perumnas Helvetia Medan Tahun 2009 [Skripsi]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2009.
- Sitorus RS. Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan Penyakit Demam Berdarah Dengue di Puskesmas Medan Johor Kota Medan [Tesis]. Medan: Universitas Sumatera Utara; 2009.
- Rosidi AR, W A. Hubungan Faktor Penggerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) dengan Angka Bebas Jentik di Kecamatan Sumber Jaya Kabupaten Majalengka, Jawa Barat. Majalah Kedokteran Bandung. 2009;12(2):81.
- Riyanti E. Evaluasi Pelaksanaan Program P2DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2007 [Skripsi]. Depok: Universitas Indonesia; 2008.
- Natsir, M.F. Peran Keluarga dan Petugas Puskesmas Terhadap Penanggulangan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Perumnas Helvetia Medan Tahun 2009 [Skripsi]. Makassar: Universitas Hasanuddin; 2010.
- Wahdini, A. Gambaran Pelaksanaan Program P2 DBD di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang Tahun 2007 [Skripsi]. Depok: Universitas Indonesia; 2008
- Muninjaya, A.A.G. Manajemen Kesehatan. 2 ed. Jakarta: Buku Kedokteran EGC; 2004.
- Zubaedah, I.S. Hubungan Faktor-Faktor Sumber Daya Manusia Terhadap Kinerja Petugas Pokja DBD Tingkat Kelurahan di Kota Tasikmalaya [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2007.
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Laporan Kajian Kebijakan Penanggulangan (Wabah) Penyakit Menular (Studi Kasus DBD). Jakarta: Depkes RI; 2006.
- Suarta, G.dkk. Evaluasi Pelaksanaan Fogging Dalam Penanggulangan Demam Berdarah Dengue di Kota Denpasar. Working paper Series KMPK UGM No.9. 2009.
- Dirjen P2PL. Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah di Indonesia. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2007.
- Sitio, A. Hubungan Perilaku Tentang Pemberantasan Sarang Nyamuk dan Kebiasaan Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kecamatan Medan Perjuangan Kota Medan [Tesis]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2008.